CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SPORTELLO D'ASCOLTO INDIVIDUALE a.s. 2026/2027

Il sottoscritto dott. Francesco Comincini - Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia n. 25301, prima di rendere le prestazioni professionali presso il plesso scolastici dell'Istituto "Trebeschi" - sede di Pozzolengo, fornisce le seguenti informazioni.

Tipologia d'intervento

Incontro di consulenza psicopedagogica individuale.

Si informano i genitori del/della minore di quanto segue:

Modalità organizzative: la prestazione avverrà in presenza, durante l'orario scolastico. I colloqui non saranno registrati. Ai colloqui di consulenza individuale accederanno solamente gli studenti e le studentesse i cui entrambi i genitori hanno firmato il presente consenso**.**

Scopi: l'incontro ha lo scopo di favorire la cooperazione e il benessere relazionale nei rapporti con i/le compagni/e; gli interventi hanno l'obiettivo di promuovere benessere emotivo e fornire sostegno psicologico. L'intervento prevede che allo sportello si rivolgano anche coppie di alunni/e che hanno rapporti conflittuali con l'obiettivo di lavorare sulla relazione e promuovere empatia all'interno del rapporto stesso.

Strumenti: lo strumento principale sarà il colloquio, di supporto psicologico e motivazionale, a cui saranno associati strumenti quali il problem solving, tecniche cognitive e tecniche psico-emotive; non è prevista attività di psicoterapia.

Durata delle attività: i colloqui di sportello individuale avranno durata variabile da 30 a 60 minuti

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo: www.opl.it.

In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà, con terzi, informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito del Servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

NOTE FINALI

Il sottoscritto dott. Francesco Comincini è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico presso l'Istituto "Trebeschi" e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.
I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

FIRMA DEL PROFESSIONISTA



DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI

Il/La Sig./ra .....genitore del/la minore

…….……..

nato/a a .....il ___/_____/____ e residente a

…….....

in via…….. n.…….…… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Francesco Comincini

Luogo e data Firma

_____

Il/La Sig./ra .....genitore del/la minore …….

nato/a a .....il ___/_____/____ e residente a

…….....

in via…….. n.…….…… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Francesco Comincini

Luogo e data Firma

_____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA

_____